



**William A. Morris
Intermediate School, 61**

*445 Castleton Avenue
Staten Island, New York 10301
(718)727-8481 Fax(718) 447-2112
IS61Knights.org*



Fecha de Registro _____ Nombre del Estudiante _____

Lugar de Nacimiento _____ Fecha de Nacimiento _____

Fecha de entrada a los Estados Unidos _____

Idioma Hablado en el Hogar _____

Información del Padre / Tutor:
Nombre Completo de la Madre _____

Nombre Completo del Padre _____

Dirección del Hogar _____ Staten Island, NY _____

Número de Teléfono _____

Teléfono Móvil _____

Correo Electrónico _____

¿El estudiante reside con alguien que no sea uno de los padres?

Nombre _____ Número de Teléfono _____

Relación _____

¿El estudiante tiene seguro de salud? Sí _____ No _____

Historia de la escuela (sólo los últimas dos o tres escuelas) Si fuera del estado por favor, dar el número de teléfono de la escuela.

Grado 8 _____ Grado 4 _____

Grado 7 _____ Grado 3 _____

Grado 6 _____ Grado 2 _____

Grado 5 _____ Grado 1 _____

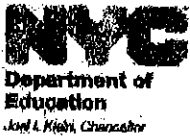
Sólo Para Uso De Oficina

Date of Admission _____ Reading Score _____ Date _____

Class/ Homeroom _____ Math Score _____ Date _____

Student OSIS No. _____

Temporary Class for the Day _____



DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN de la Ciudad de Nueva York
FORMULARIO FEDERAL PARA PADRES O TUTORES SOBRE LA IDENTIFICACIÓN RACIAL Y ÉTNICA DEL ESTUDIANTE

FORM. PSE

- Todos los estudiantes con edades entre 5 y 21 años tienen derecho a recibir una educación pública gratuita.
- La ley federal exige que el Departamento de Educación de la Ciudad de Nueva York recopile y registre la identidad étnica y racial de los estudiantes de las escuelas públicas.
- No se les podrá negar a los niños el ingreso a una escuela pública debido a raza, color, credo, nacionalidad, género, identidad sexual, embarazo, estatus de inmigración o ciudadanía, discapacidad, orientación sexual, religión o grupo étnico.¹

Solamente en Inglés

PERSONAL DE LA ESCUELA: POR FAVOR COMPLETE ESTA SECCIÓN

Municipio Distrito Escuela

Nombre de la escuela secundaria/mini escuela o anexo

Código del grado

Código de la clase

(SOLO 4 DÍGITOS PARA LA ESCUELA SECUNDARIA)

Número de identificación estudiantil de la Ciudad de Nueva York

Fecha de nacimiento (mes/día/año)

Nombre completo del estudiante: apellido, primer nombre e inicial del segundo nombre

PADRES O TUTORES: POR FAVOR COMPLETEN ESTA SECCIÓN

POR FAVOR RESPONDA AMBAS PREGUNTAS (1) Y (2). LÉALAS ANTES DE RESPONDER.

Para responder la pregunta (1) haga una marca (✓) en el casillero que mejor describa a su hijo:

1. ¿El estudiante es hispano, latino o de origen hispano? Hispano, latino o de origen hispano comprende a personas procedentes de Cuba, República Dominicana, México, Puerto Rico, América central o Sudamérica, o de otras culturas u orígenes hispanos sin tener en cuenta la raza de dichas personas.

Sí, hispano

NO, no hispano

Para responder la pregunta (2) haga una marca (✓) en todos los casilleros que se apliquen a su hijo.

2. Seleccione una o más razas de los siguientes cinco grupos raciales.

INDÍGENAS ESTADOUNIDENSES O DE ALASKA: una persona ascendiente de cualquier pueblo originario de América del Norte y de América del Sur (Incluye América Central) (Código ATS: B)

ASIÁTICO: una persona ascendiente de cualquier pueblo originario del Lejano Oriente, del Sudeste Asiático o del Subcontinente Indio. Incluye por ejemplo a Camboya, China, India, Japón, Corea, Malasia, Pakistán, las Islas Filipinas, Tailandia y Vietnam. (Código ATS: C)

INDÍGENA DE HAWAI O DE OTRAS ISLAS DEL PACÍFICO: una persona ascendiente de cualquier pueblo originario de Hawai, Guam o de otras islas del Pacífico. (Código ATS: D)

RAZA NEGRA: una persona ascendiente de cualquier grupo de raza negra del África. (Código ATS: E)

RAZA BLANCA: una persona ascendiente de cualquier pueblo originario de Europa, África del Norte o del Medio Oriente. (Código ATS: F)

Firma del padre, tutor, persona encargada u observador del personal escolar:

Fecha:

Parentesco con el estudiante:

Padre Tutor Otro

Observador del personal de la escuela (nombre):



Cuestionario sobre la vivienda

Department of Education

Padres, tutores y estudiantes:

Este cuestionario tiene el objetivo de abordar la Ley McKinney-Vento 42 U.S.C. 11435, y debe llenarse para cada estudiante. La información que usted aporta es confidencial. Su hijo no será discriminado en base a la información proporcionada.

Por favor responda las siguientes preguntas acerca de la vivienda del estudiante para ayudar a determinar los servicios a los que el alumno puede tener derecho.

Aviso a las escuelas y a las personas de enlace de vivienda temporal (THL, por sus siglas en inglés): Por favor ayuden a los estudiantes y a las familias a llenar este formulario. No incluyan este formulario en el paquete de inscripción sin más, porque si el estudiante entra en la categoría de residente en una vivienda temporal, no es necesario que envíe prueba del lugar donde reside ni otros documentos obligatorios que normalmente serían parte del paquete de inscripción.

Apellido	Nombre	Segundo nombre

Por favor identifique la condición actual de vivienda del estudiante. Por favor marque una casilla.

Condición de vivienda	Código
Compartiendo morada El estudiante reside con otra familia o persona porque ha perdido su vivienda o como resultado de una dificultad financiera.	D
Albergue El estudiante reside en un albergue o refugio temporal.	S
En espera de recibir tutela temporal	A
Hotel / Motel Vive en un lugar que NO es un albergue o refugio temporal y que implica pagos.	H
Otra situación de vivienda temporal El estudiante reside en una zona de casas móviles, campamento, automóvil, parque, lugar público, edificio abandonado, calle o cualquier otro lugar inadecuado para vivir.	T
Vivienda permanente Estudiante que vive en condiciones de vivienda fijas, normales y adecuadas.	P

Si el estudiante NO vive en una vivienda permanente, también indique si lo siguiente se aplica a su caso:

Condición	Código
Jóvenes solos Jóvenes que no se encuentran bajo la custodia de un padre o tutor.	Jóvenes solos Escriba "SI" si corresponde.

Nombre de padre o tutor (letra de imprenta)

Firma de padre o tutor

Fecha

Por favor devuelva este formulario a la escuela de su hijo.

Aviso: La respuesta que coloque arriba ayudará a determinar qué servicios podrían recibir usted o su hijo de conformidad con la Ley McKinney-Vento. Los estudiantes que están protegidos por la Ley tienen derecho a inscribirse de forma inmediata en la escuela, incluso si no tienen los documentos que normalmente se necesitan, tales como comprobante de domicilio, expediente escolar, certificado de vacunación o certificado de nacimiento. Después de que el estudiante se haya inscrito, la nueva escuela debe comunicarse con la última escuela a la que asistió el estudiante para pedir su expediente educativo, el cual incluye el certificado de vacunación y las personas de enlace para estudiantes en vivienda temporal (STH) deben ayudar al estudiante a obtener los documentos o vacunas que falten. Los estudiantes que están protegidos por la Ley McKinney-Vento también pueden tener derecho a un servicio de transporte gratuito y a otros servicios. Por favor remítase a la Disposición del Canciller A-780.

Este cuestionario incluye un documento adjunto de una página titulado
"Ley McKinney-Vento de Asistencia a las Personas Sin Vivienda - Guía para estudiantes en vivienda temporal para padres y jóvenes"

Versión revisada el 1/Julio/09

CHILD & ADOLESCENT HEALTH EXAMINATION FORM

NYC DEPARTMENT OF HEALTH & MENTAL HYGIENE — DEPARTMENT OF EDUCATION

Please Print Clearly NYC ID (OSIS)

TO BE COMPLETED BY THE PARENT OR GUARDIAN

Child's Last Name: _____ First Name: _____ Middle Name: _____ Sex: Female Male Date of Birth (Month/Day/Year): ____/____/____

Child's Address: _____ Hispanic/Latino? Yes No Face (Check ALL that apply): American Indian Asian Black White
 Native Hawaiian/Pacific Islander Other

City/Borough: _____ State: _____ Zip Code: _____ School/Center/Camp Name: _____ District Number: _____ Phone Numbers: Home _____ Cell _____ Work _____

Health Insurance (including Medicaid)? Yes No Parent/Guardian Last Name: _____ First Name: _____ Email: _____
 Foster Parent

TO BE COMPLETED BY THE HEALTH CARE PRACTITIONER

Birth history (age 0-6 yrs)
 Uncomplicated Premature: _____ weeks gestation
 Complicated by _____
 Allergies None Epi pen prescribed
 Drugs (list) _____
 Foods (list) _____
 Other (list) _____
 Attach MAF if in-school medications needed

Does the child/adolescent have a past or present medical history of the following?
 Asthma (check severity and attach MAF): Intermittent Mild Persistent Moderate Persistent Severe Persistent
 If persistent, check all current medication(s): Quick Relief Medication Inhaled Corticosteroid Oral Steroid Other Controller None
 Asthma Control Status: Well-controlled Poorly Controlled or Not Controlled
 Anaphylaxis Seizure disorder
 Behavioral/mental health disorder Speech, hearing, or visual impairment
 Congenital or acquired heart disorder Tuberculosis (latent infection or disease)
 Developmental/learning problem Hospitalization
 Diabetes (attach MAF) Surgery
 Orthopedic injury/disability Other (specify) _____
 Explain all checked items above. Addendum attached.

Medications (attach MAF if in-school medication needed)
 None Yes (list below)

PHYSICAL EXAM Date of Exam: ____/____/____

Height _____ cm (____ %ile)
 Weight _____ kg (____ %ile)
 BMI _____ kg/m² (____ %ile)
 Head Circumference (age >2 yrs) _____ cm (____ %ile)
 Blood Pressure (age >3 yrs) _____ / _____

General Appearance:
 Physical Exam WNL
 NI Abnl Psychosocial Development HEENT Lymph nodes Abdomen Skin
 Language Dental Lungs Gen/Urinary Neurological
 Behavioral Neck Cardiovascular Extremities Back/Spine

Describe abnormalities: _____

DEVELOPMENTAL: (age 0-6 yrs)
 Validated Screening Tool Used? _____ Date Screened: ____/____/____
 Yes No
 Screening Results: WNL
 Delay or Concern Suspected/Confirmed (specify area(s) below):
 Cognitive/Problem Solving Adaptive/Self-Help
 Communication/Language Gross Motor/Fine Motor
 Social-Emotional or Personal-Social Other Area of Concern: _____

Nutrition
 < 1 year Breastfed Formula Both
 ≥ 1 year Well-balanced Needs guidance Counseled Referred
 Dietary Restrictions None Yes (list below)

HEARING: Date Done: ____/____/____ Results: _____
 < 4 years: gross hearing _____ NI Abnl Referred
 OAE _____ NI Abnl Referred
 ≥ 4 yrs: pure tone audiometry _____ NI Abnl Referred

VISION: Date Done: ____/____/____ Results: _____
 < 3 years: Vision appears: _____ NI Abnl
 Acuity (required for new entrants and children age 3-7 years) Right: _____ Left: _____
 Unable to test
 Yes No
 Yes No

Describe Suspected Delay or Concern: _____

Lead Risk Assessment (annually, age 6 mo-6 yrs) _____ At risk (do BLL) Not at risk

Child Receives E/CPSE/CSE services Yes No CIR Number: _____ Physician Confirmed History of Varicella Infection

Hemoglobin or Hematocrit _____ g/dL _____ %

Dental: Screened with Glasses? _____ Strabismus? _____
 Viable Tooth Decay _____ Urgent need for dental referral (pain, swelling, infection) Yes No
 Dental Visit within the past 12 months Yes No

IMMUNIZATIONS - DATES

OTD/OTAP/OT	Td	Polio	Hep B	Hib	PCV	Influenza	HPV	MMR	Varicella	Mening ACWY	Hep A	Rotavirus	Mening B	Other	igG Titers	Date
	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____	_____	_____
	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____	_____	_____

Report only positive immunity:
 Hepatitis B _____
 Measles _____
 Mumps _____
 Rubella _____
 Varicella _____
 Polio 1 _____
 Polio 2 _____
 Polio 3 _____

ASSESSMENT Well Child (Z00.129) Diagnoses/Problems (list) _____ ICD-10 Code _____

RECOMMENDATIONS Full physical activity
 Restrictions (specify) _____
 Follow-up Needed: No Yes, for _____ Appt. date: ____/____/____
 Referral(s): None Early Intervention IEP Dental Vision
 Other _____

Health Care Practitioner Signature: _____ Date Form Completed: ____/____/____

Health Care Practitioner Name and Degree (print): _____ Practitioner License No. and State: _____

Facility Name: _____ National Provider Identifier (NPI): _____

Address: _____ City: _____ State: _____ Zip: _____

Telephone: _____ Fax: _____ Email: _____

DOHMH PRACTITIONER ONLY: _____
 TYPE OF EXAM: NAE Current NAE Prior Year(s)
 Date Reviewed: ____/____/____
 REVIEWER: _____
 FORM ID#: _____

¿Su hijo está listo para la guardería o la escuela? Infórmese de las vacunas obligatorias en la Ciudad de Nueva York

Todos los estudiantes cuya edad es de 2 meses a 18 años y que residen en la Ciudad de Nueva York necesitarán las siguientes vacunas para poder ir a la guardería o a la escuela. Revise las necesidades de vacunación de su hijo de acuerdo con su nivel de grado este ciclo escolar.

	Pre-Kinder (guardería, programa Head Start, Kinder de Niños o PreKinder)	Kinder 1 ^o grado	2 ^o - 5 ^o grado	6 ^o - 7 ^o grado	8 ^o - 12 ^o grado
Difteria, tétanos y tos ferina (DTaP)	4 dosis	5 dosis o 4 dosis SÓLO si la 4.ª dosis fue recibida a la edad de 4 años o más o 3 dosis SÓLO si la serie empieza a la edad de 7 años de edad o más			3 dosis
Refuerzo para la vacuna Tdap				1 dosis	
Polio (IPV/OPV)	3 dosis	4 dosis o 3 dosis SÓLO si la 3.ª dosis fue recibida a la edad de 4 años o más	3 dosis	4 dosis o 3 dosis SÓLO si la 3.ª dosis fue recibida a la edad de 4 años o más	3 dosis
Sarampión, paperas y rubéola (MMR)	1 dosis		2 dosis		
Hepatitis B	3 dosis		3 dosis		
Varicela (Chickenpox)	1 dosis	2 dosis	1 dosis	2 dosis	1 dosis
Vacuna conjugada Haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1 a 4 dosis Depende de la edad de su hijo y de las dosis antes recibidas				
Vacuna neumocócica conjugada (PCV)	1 a 4 dosis Depende de la edad de su hijo y de las dosis antes recibidas				
Influenza	1 dosis				

El número de dosis de vacunación que su hijo necesita puede variar según su edad y las dosis de vacunación anteriores que haya recibido. Se pueden necesitar más dosis de vacunación o vacunas si su hijo tiene ciertos problemas de salud. Hable con un médico si tiene preguntas. Para obtener más información, llame al 311 o visite el sitio web nyc.gov/health y busque "Vacunas para estudiantes (Student Vaccines)".





Junio de 2019

Estimado padre o tutor:

A partir del 13 de junio de 2019, las escuelas públicas, privadas y parroquiales y los programas de cuidado infantil en Nueva York no aceptarán solicitudes de excepción religiosa a los requisitos de vacunación escolar. Esta ley se aplica a los estudiantes de prekínder a 12.º grado y a todos los entornos de cuidado infantil. Las escuelas y los programas de cuidado infantil continuarán aceptando exenciones médicas.

Niños que asisten a programas de verano o durante todo el año

Los niños que tenían una exención religiosa y que asistirán a un programa de cuidado infantil o a escuelas públicas, privadas o parroquiales en el verano, ahora deben recibir la primera dosis apropiada para su edad de cada serie de vacunas antes del 28 de junio de 2019 para asistir o permanecer en la escuela o cuidado infantil. Además, antes del 14 de julio de 2019, los padres y tutores de tales niños deben demostrar que han hecho citas para recibir todas las dosis de seguimiento requeridas.

Niños que asisten hasta el final del año escolar y que regresan en el año escolar 2019-2020

Los estudiantes deben cumplir con los requisitos de vacunación para poder asistir a la escuela. Los niños que no han recibido todas las vacunas requeridas deben recibir la primera dosis de cada serie de vacunas dentro de los 14 días a partir del primer día de clase o de la inscripción en el cuidado infantil. Dentro de los 30 días a partir del primer día de clases, los padres o tutores de dichos estudiantes deben demostrar que han hecho citas para recibir todas las dosis de seguimiento requeridas. A continuación, se encuentra una lista de los nuevos requisitos de vacunación escolar para el año escolar 2019-2020.

Todos los estudiantes desde el programa de cuidado infantil hasta 12.º grado deben cumplir con los siguientes requisitos de vacunación:

- Difteria, tétanos y tos ferina o pertusis (DTaP)
- Poliomiéлитis
- Sarampión, paperas y rubéola (SRP)
- Varicela (*chickenpox*)
- Hepatitis B

Los niños menores de 5 años que están inscritos en un programa de cuidado infantil y prekínder también deben cumplir con estos requisitos de vacunación:

- Haemophilus influenzae de tipo b (Hib)
- Neumococo (PCV)
- Influenza (gripe): Los niños deben recibir la vacuna contra la gripe antes del 31 de diciembre de 2019.

Los niños de 6.º a 12.º grado también deben cumplir con estos requisitos de vacunación:

- Refuerzo de tétanos, difteria y tos ferina (Tdap)
- Meningocócica ACWY (MenACWY)

Revise el historial de vacunación de su hijo con su proveedor de atención de salud. Su proveedor le informará si son obligatorias dosis adicionales de una o más vacunas para que su hijo asista o permanezca en el programa de cuidado infantil o en la escuela. Visite schools.nyc.gov y busque "immunizations" (vacunas) para obtener una lista completa de las vacunas requeridas. En caso de que resulte imposible que su hijo reciba las vacunas de su proveedor de atención de salud, el Departamento de Salud tiene a su disposición un centro de salud que brinda servicios de inmunización sin cita previa (www1.nyc.gov/site/doh/services/immunization-clinics.page).

Si tiene alguna pregunta acerca de estos requisitos, comuníquese con su programa de cuidado infantil o con la oficina administrativa de la escuela.